FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 415

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 30 *Octobre* 1872,

PAR CONSTANT DEBOUDT,

Né à Saint-Silvestre-Cappel (Nord).

ÉTUDE CRITIQUE SUR LE TRAITEMENT

DES AFFECTIONS DES VOIES LACRYMALES

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1872

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen. M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomie. . . . . SAPPEY.
Physiologie. . . . . BÉCLARD.
Physique médicale. . . . . GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale. . . . . . WURTZ.
Histoire naturelle médicale. . . . . BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales. . . . . CHAUFFARD.
Pathologie médicale. . . . . { AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale. . . . . { DOLBEAU. TRÉLAT.
Anatomie pathologique. . . . . VULPIAN.
Histologie. . . . . ROBIN.
Opérations et appareils. . . . . N.
Pharmacologie. . . . . REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale. . . . . . . GUBLER.
Hygiène. . . . . BOUCHARDAT.
Médecine légale. . . . . TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés . . . . PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . . N...
Pathologie comparée et expérimentale . . . . . . N...
Clinique médicale. . . . . { BOUILLAUD. G. SÉE. LASEGUE. BÉHIER.
Clinique chirurgicale . . . . { VERNEUIL. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements. . . . . DEPAUL.

Professeurs honoraires.

MM. ANDRAL, le Baron J. CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DAMASCHINO.	MM. GUENIOT.	MM. OLLIVIER.
BALL.	DUBRUEIL.	GUYON.	PAUL.
BLACHEZ.	DUPLAY.	ISAMBERT.	PÉRIER.
BOCQUILLON.	GARIEL.	LANNELONGUE.	PETER.
BOUCHARD.	GAUTIER.	LECORCHÉ.	POLAILLON.
BROUARDEL.	GRIMAUX.	LEDENTU.	PROUST.
CRUVEILHIER.			TILLAUX

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau. . . . . MM. *N.*
— des maladies des enfants. . . . . ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses. . . . . *N.* . . .
— d'ophthalmologie. . . . . TRELAT.
Chef des travaux anatomiques . . . . Marc SEE.

Examinateurs de la thèse.

MM. TARDIEU, *Président;* BROCA, CRUVEILHIER, LÉCORCHÉ.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêtée que les opinions émises dans les dissertations seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entondleur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MON PÈRE & DE MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. Henri LOONES

A LA MÉMOIRE

DU DOCTEUR VIGLA ET DE M. LE PROFESSEUR LAUGIER

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. LE DOCTEUR BÉHIER

Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine.

M. LE DOCTEUR A. TARDIEU

Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine.

M. LE DOCTEUR RICHET

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'académie de Médecine.

A M. LE DOCTEUR GALEZOWSKI

Professeur libre d'ophthalmologie.

ÉTUDE CRITIQUE

SUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS

DES

VOIES LACRYMALES

On a souvent comparé l'appareil lacrymal à l'appareil urinaire; cette comparaison paraît singulière si on se place au point de vue purement anatomique ; car l'appareil urinaire forme un tout complétement fermé ; les uretères relient intimement la vessie aux reins; l'organe de la sécrétion et les voies d'excrétion se continuent sans interruption et sont solidaires ; rien de plus fréquent que de voir les affections de l'une de ces parties s'étendre à l'autre. Dans l'appareil lacrymal, au contraire, il y a, sinon interruption, du moins indépendance complète entre la glande et les voies d'excrétion ; la première ne souffre aucunement des maladies du sac et du canal nasal. Une différence plus grande et plus importante au point de vue du traitement, c'est que le canal de l'urèthre, entouré d'un corps spongieux, est jusqu'à un certain degré extensible, tandis que le canal nasal, enchâssé dans des parois osseuses, ne peut subir de dilatation.

Ce qu'il y a de commun entre ces deux appareils, c'est le côté pathologique : l'inflammation, l'obstacle au cours de l'urine et des larmes, la tumeur et la fistule; c'est le traitement : les moyens employés pour combattre les rétrécissements des voies lacrymales sont

les mêmes que ceux qu'on met en œuvre contre les rétrécissements de l'urèthre, savoir : la dilatation, la cautérisation et l'incision.

Personne ne songera à mettre en doute la fréquence des affections des voies lacrymales, leur ténacité à persister et leurs récidives faciles. Ce qui prouve jusqu'à quel point elles sont rebelles, ce sont les innombrables tentatives de tous les âges, c'est cette multitude de travaux poussés dans des directions si diverses pour inventer des moyens propres à surmonter les difficultés que présente ce traitement. Mais ce luxe thérapeutique cache une indigence réelle : car beaucoup de ces procédés ont complétement échoué ; quelques autres n'atteignaient le but qu'au prix d'une difformité et d'inconvénients tels qu'ils ont pu faire dire, à bon droit, que le remède était pire que le mal.

Dans ces dernières années pourtant, il s'est fait d'incontestables progrès. Parmi ces perfectionnements, les plus remarquables sont certainement ceux que nous devons à Bowmann qui a érigé en méthode l'introduction des sondes par les conduits, préalablement fendus.

Si nous ne sommes pas arrivés encore à un *modus faciendi* sûr et parfait, cela tient peut-être au désaccord qui a toujours régné relativement à l'étiologie et à la pathogénie de ces affections. Faut-il des exemples? Les rétrécissements des conduits lacrymaux ou du canal nasal sont l'une des causes les plus fréquentes de l'hyperémie chronique de la conjonctive. Cette cause est souvent méconnue et la conjonctivite résiste à tout traitement ; mais elle guérit comme par enchantement aussitôt que l'on remédie à l'état pathologique (Wecker). Quant à la tumeur lacrymale, jamais les chirurgiens n'ont été d'accord sur sa production et son mode de formation, et tour à tour on a combattu l'inflammation du sac ou cherché à rétablir la liberté des voies lacrymales par des moyens mécaniques.

Quelqu'un demandait un jour à Bowmann quelle méthode il préférait contre telle ou telle affection : « Aucune, répondit-il, je les con-

nais toutes et j'applique à chacun celle qui me paraît la meilleure. »

Je crois avec l'illustre chirurgien anglais qu'il ne faut point s'enfermer dans une opinion systématique, ennemie du progrès, et se condamner ainsi à une méthode unique, parfois instructive. Ce qui doit guider le praticien, c'est un sage éclectisme, consistant à rechercher avec beaucoup de soin les vraies causes des maladies qui nous occupent et à appliquer à chacune d'elles le moyen le mieux approprié, tout en se conformant à l'esprit de la chirurgie moderne, éminemment conservateur.

L'étiologie et le traitement se tiennent d'une façon trop intime pour que je veuille séparer deux choses inséparables. Je diviserai mon travail en deux parties et j'étudierai séparément :

1° Les affections des points et conduits lacrymaux ;

2° Les affections du sac lacrymal sans complications osseuses.

Les observations me manquent pour parler des lésions osseuses qui compliquent fréquemment la tumeur lacrymale, notamment chez les scrofuleux et les syphilitiques.

1° POINTS ET CONDUITS LACRYMAUX.

Déviation des points lacrymaux. — Elle porte presque toujours sur les points inférieurs et elle est le résultat de la paralysie de l'orbiculaire, ou du relâchement du même muscle qui accompagne la décrépitude sénile. Elle est due à des cicatrices vicieuses, à toute affection cutanée ayant déterminé l'épaississement du bord libre des paupières et son renversement au dehors ; à des polypes ou autres tumeurs situés au voisinage du point lacrymal. On la voit encore à la suite de blépharites et conjonctivites chroniques ; de l'atrophie du globe oculaire ou du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, amenant le renversement du bord ciliaire en dedans, comme il arrive dans l'entropion sénile. Enfin elle peut succéder à une plaque muqueuse située à l'angle interne de l'œil, comme je l'ai vu tout récemment

chez une personne dont les voies lacrymales étaient d'ailleurs parfaitement libres.

Traitement. — Il a pour but de rétablir le cours naturel des larmes. On a cherché à combattre la position vicieuse des paupières. Haynes Walton a proposé de faire subir à la conjonctive une perte de substance dans le dessein d'y développer une cicatrice rétractile, destinée à ramener le point lacrymal en dedans. Je crois que ce procédé est peu fidèle et que l'on ne doit y recourir que dans les cas de déviation partielle. Si l'on a affaire à une tumeur facile à extirper, le plus simple est de l'enlever. Si c'est un gonflement inflammatoire du bord libre des paupières, il faut recourir aux moyens antiphlogistiques les plus propres à la faire disparaître. En dehors de là, il faut combattre le larmoiement, ce sera supprimer l'une des causes qui entretiennent le plus efficacement la maladie (Wecker). En effet, le larmoiement contribue à augmenter l'éversion, en provoquant sur les joues un érythème et quelquefois des excoriations qui amènent plus tard la rétraction de la peau. Le meilleur moyen est évidemment le procédé de Bowmann qui transforme le conduit lacrymal en une sorte de sillon qu'on étend jusqu'à la caroncule; l'orifice absorbant se trouve ainsi transporté sur la surface de la conjonctive où les larmes se rassemblent, et l'aspiration se fait avec la plus grande facilité.

Il n'est point nécessaire d'enlever la lèvre postérieure de la plaie; la précaution de Critchett est superflue ; elle ne peut être utile que dans les cas où l'incision a été portée trop en dehors.

Il ne faudra point chercher d'autre remède si le globe oculaire est enfoncé dans l'orbite: car un sillon vaut beaucoup mieux qu'un point lacrymal suspendu au-dessus de la collection de liquide (Wecker).

Obs. I. — M. H..., 44 ans, vient à la Clinique de M. Galezowski le 17 septembre 1872. Larmoiement de l'œil gauche depuis quatre mois. Antécédents syphititiques très-nets pour lesquels il n'a jamais subi de traitement.

Diagnostic. — Déviation du point lacrymal inférieur gauche, consécutif à une plaque muqueuse ulcérée, située au devant du tendon de l'orbiculaire et qu'il a depuis quatre mois.

Saupoudrer la plaque avec la poudre de calomel et proto-iodure hydrargyrique à l'intérieur (25 milligrammes par jour).

21 septembre. On touche la plaque avec le nitrate acide de mercure. Continuer le calomel sur la plaque muqueuse.

10 octobre. Plus de larmoiement. Guérison complète.

Rétrécissement des points lacrymaux. — Il peut être le résultat d'une blépharite ou d'une conjonctivite chronique, d'un érysipèle ou d'un eczéma des paupières, de l'ectropion lui-même. Mais il se rencontre spécialement chez les personnes nerveuses qui sont plus impressionnables à l'action de la lumière solaire ou des lumières artificielles. Quelques auteurs admettent une prédisposition héréditaire; M. Galezowski a pu la constater chez plusieurs membres de la même famille.

Traitement. — Il est tout chirurgical et l'on ne doit point espérer remédier au mal en combattant le gonflement de la muqueuse amené par des blépharites ou des conjonctivites rebelles. Il est bon d'essayer les injections d'eau tiède renouvelées tous les jours ou tous les deux jours (Galezowski). Cette opération doit être insuffisante si le rétrécissement est considérable; il faut alors recourir à la dilatation. Warthon Jones se servait, à cet effet, d'une épingle dont il coupait la pointe; on peut employer des stylets fins, des sondes cylindriques ou un poinçon en argent. MM. Bowmann, Desmarres fils, Cusco et Galezowski ont imaginé des dilatateurs très-ingénieux, qui rappellent ceux qu'on emploie pour combattre les rétrécissements de l'urèthre. Malheureusement les points lacrymaux sont extensibles et élastiques, et ils reviennent sur eux-mêmes dès qu'on retire les instruments. Aussi serait-il préférable, à mon sens, de faire la dilatation forcée.

Tous ces moyens ne pourront amener la guérison complète s'il y

a en même temps une déviation de la paupière; dans ce cas, on ne doit point hésiter à pratiquer l'incision du conduit lacrymal inférieur, suivant le procédé de Bowmann.

Oblitération des points lacrymaux. — Elle peut être congénitale et coïncider avec des anomalies semblables des conduits correspondants; le plus souvent elle est acquise et n'occupe que le point inférieur. Elle résulte fréquemment d'une déviation prolongée de ce dernier, dont la conséquence est la cutisation de la surface de la conjonctive anormalement exposée au contact direct de l'air. Les blépharites et conjonctivites chroniques, des plaies, des brûlures, des ulcérations, des pustules varioliques constituent d'autres causes d'oblitération. M. Desmarres père a signalé la production d'écailles épidermiques qui recouvrent le tubercule lacrymal d'une pellicule ayant l'aspect d'une membrane desséchée.

Traitement. — Il doit varier suivant les différentes causes de la maladie. Si l'orifice est recouvert par une membrane épidermique, il suffit de l'enlever au moyen d'une pince fine ou de la percer avec un instrument pointu. Lorsque l'oblitération est consécutive à une rétraction cicatricielle et que les points lacrymaux sont tellement effacés que l'examen le plus minutieux ne permet pas de les découvrir, on ne doit pas songer à inciser le conduit et à rétablir l'ouverture avec des corps dilatants : car l'oblitération se continue presque toujours trop profondément dans les canaux eux-mêmes pour que la perméabilité puisse être rétablie, pour qu'il soit possible d'éviter la récidive. La lésion pourtant n'est pas incurable : le procédé Jüngken sera très-avantageusement employé, si on a soin d'inciser en même temps le reste des conduits pour que l'entrée du canal plonge dans le lac lacrymal et que les larmes soient aspirées avec facilité.

Lorsque le point inférieur seul est oblitéré, il vaut mieux inciser

le point et le conduit supérieurs jusqu'à la caroncule et maintenir par le sondage l'ouverture produite (Wecker). Wreatfield a réussi à rétablir la perméabilité du conduit inférieur en y pénétrant par le supérieur, mais il ne cite qu'un seul succès. Le procédé de Bowmann est très-difficile et il a le grave inconvénient d'ouvrir le sac.

Si les deux points sont complétement oblitérés, il est permis de tenter l'établissement d'une voie de communication directe entre le lac et le sac lacrymal (Wecker). Il me paraît difficile néanmoins que la plaie ne se ferme pas lorsqu'on a retiré la bougie et que le trajet fistuleux puisse être définitif. Les rares succès de Pagenstecher, Rava, MM. Sichel fils et Abadie n'ont pu encore faire entrer définitivement ce procédé dans la pratique.

Rétrécissement des conduits lacrymaux. — Il existe le plus souvent à l'entrée dans le sac et il accompagne plus fréquemment la dacryocystite. Parfois il existe seul, produit par des contractions musculaires chez des personnes anémiques ou nerveuses, dont les yeux sont très-sensibles à la lumière. Macnamara décrit des rétrécissements spasmodiques qui, selon lui, affectent le caractère intermittent. Enfin, comme dans les rétrécissements des points lacrymaux, on a admis une cause héréditaire (Galezowski).

Traitement.—On peut essayer d'abord de la dilatation, à l'imitation de Bowmann. M. Galezowski a renoncé à ce moyen qui ne lui a donné que de rares succès, et il emploie plus avantageusement son lacrymotome caché avec lequel il fait une scarification interne. Cette opération, suivie d'un cathétérisme journalier, peut évidemment empêcher la coarctation de se reproduire. Mais je crois que le meilleur procédé est celui qui consiste à inciser le conduit lacrymal jusqu'au sac et à dilater progressivement avec des sondes graduées. C'est d'ailleurs la pratique habituelle de M. Galezowski, comme on peut le voir par les observations suivantes :

Obs. II. — M. F..., 54 ans, vient à la Clinique de M. Galezowski le 2 septembre 1872. Larmoiement des deux yeux depuis neuf mois.

Diagnostic. — Rétrécissement des conduits à l'entrée dans le sac.

Incision des points et conduits lacrymaux inférieurs et cathétérisme tous les deux jours, puis deux fois par semaine, pendant une demi-heure chaque fois. Guérison complète au bout d'un mois.

Obs. III. — Dame B..., 39 ans, se présente à la Clinique de M. Galezowski le 3 août 1872. Larmoiement à droite depuis quatre ans. Soignée par un médecin qui lui a prescrit des pommades.

Diagnostic. — Rétrécissement à droite. Blépharite ciliaire consécutive du même côté depuis plusieurs mois.

Incision du conduit inférieur à droite et cathétérisme comme plus haut. Guérison au bout de sept semaines.

Obs. IV. — M. G..., 44 ans, se présente à la Clinique de M. Galezowski le 3 septembre 1872. Larmoiement des deux yeux depuis plus de quatre ans.

Diagnostic. — Rétrécissement double. Conjonctivite chronique datant de plusieurs mois, consécutive au rétrécissement

Incision des points et conduits inférieurs, et collyre au sulfate de zinc (0,25 pour 100 grammes d'eau). Deux fois on cautérise sa conjonctive avec le sulfate d cuivre. Cathétérisme méthodique.

Guérison presque complète au bout de cinq semaines.

Oblitération des conduits lacrymaux. — Elle peut se produire dans les conduits en même temps que dans les points lacrymaux et par les mêmes causes : inflammations et gonflements érysipélateux du bord libre des paupières; conjonctivites purulentes et surtout granuleuses (Wecker, Galezowski); cicatrices consécutives à des coupures, déchirures, brûlures, plaies. Des corps étrangers, des polypes (Desmarres père), des kystes sébacés (Critchett, Bowmann) sont égament des causes d'oblitération.

Traitement. — Il peut se faire que l'obstruction des conduits ne donne lieu à aucune gêne. Mackenzie raconte, en effet, que de Græfe

en faisant l'ablation d'une tumeur cancéreuse des paupières, « enleva complétement les deux canaux lacrymaux, la caroncule et le repli semi-lunaire, et que cependant il n'y eut point de larmoiement, comme on aurait pu s'y attendre, d'après les données physiologiques. » Mais ces cas sont exceptionnels.

Quand la muqueuse est transformée, dans une certaine étendue, en tissu cicatriciel, il est illogique de faire des essais pour rétablir la perméabilité des canalicules : toutes les tentatives doivent inévitablement échouer. Il faut alors remédier à l'oblitération du conduit inférieur en incisant le conduit supérieur jusqu'à la caroncule (Wecker). Quant aux corps étrangers (cils, cheveux, polypes, calculs, champignons), l'indication est de les enlever.

Si, comme il arrive souvent, l'obstruction a peu d'étendue et siége tout près du sac, on peut la diviser avec un stylet fin ou la lancette à ressort de Bowmann. Mais encore, est-il préférable d'inciser le conduit inférieur dans toute sa longueur, et de faire le cathétérisme les jours suivants. Ici se pose une objection. On a dit et répété que les points lacrymaux ne sont point un luxe inutile de la nature, que l'inférieur absorbe bien plus de larmes que le supérieur, que ce dernier est insuffisant à lui seul et laisse apparaître le larmoiement. C'est pourquoi on recommande toujours de respecter le conduit inférieur lorsqu'il est sain, et d'inciser le supérieur parce que, de cette façon, « l'aspiration des larmes conserve son activité presque normale » (Warlomont). Je sais bien que le point inférieur a une activité fonctionnelle plus grande, et je crois même que le supérieur n'aspire les larmes que dans la position déclive ; mais je suis persuadé que la fistule en gouttière qu'on obtient par l'incision de Bowmann vaut bien la fistule naturelle, et que, baignant constamment dans le lac lacrymal, elle absorbe les larmes avec la plus grande facilité.

Bowmann trouve cette méthode toute naturelle, et il s'étonne même que la nature ne nous ait pas tous fait naître avec les conduits

inférieurs incisés. Un fait certain, c'est que je n'ai jamais vu cette opération être suivie de larmoiement. Voici d'ailleurs quelques observations qui prouvent en sa faveur :

Obs. V. — Dame V..., 59 ans, se présente à la Clinique de M. Galezowski le 8 juin 1872. Larmoiement des deux côtés depuis plus de quatre ans.

Diagnostic. — Oblitération des conduits à l'entrée dans le sac.

Incision des conduits inférieurs et sonde à demeure tous les deux jours pendant une heure, pendant quatre mois environ.

10 octobre. Plus de larmoiement; les sondes passent facilement. Guérison.

Obs. VI. — Dame Paq..., 36 ans, se présente à la Clinique de M. Galezowski le 8 juillet 1872. Larmoiement depuis environ cinq ans.

Diagnostic. — Oblériitation des conduits lacrymaux à l'entrée dans le sac. Blépharite consécutive depuis plusieurs mois.

Incision et cathétérisme, comme plus haut, tous les deux jours. Collyre au borax (1 gramme pour 100 grammes d'eau).

27 septembre. Guérison complète.

Obs. VII. — Dame W... (Elisa), 46 ans, se présente à la Clinique de M. Galezowski le 18 mars 1872. Les yeux sont malades depuis très-longtemps.

Diagnostic. — Oblitération complète de chaque côté à l'entrée dans le sac.

Ne veut pas subir d'opération. Revient le 15 avril. Incision des conduits inférieurs et cathétérisme pendant une heure tous les deux jours, puis tous les trois jours, enfin, une fois par semaine. Guérison au bout de cinq mois.

Enfin j'ai vu une oblitération de la partie moyenne du conduit, produite par une cicatrice consécutive à un coup de fleuret. Le même traitement a été appliqué et la guérison obtenue rapidement.

Quant aux sondes, M. Galezowski commence par le n° 1 ou n° 2 pour terminer par le n° 6 de Bowmann, c'est-à-dire graduellement.

2° AFFECTIONS DU SAC LACRYMAL SANS COMPLICATIONS OSSEUSES.

Dacryocystite. — Elle peut exister à l'état idiopathique ; mais le plus souvent elle résulte d'une ophthalmie granuleuse et, en général, de l'extension d'une phlogose siégeant dans la conjonctive ou dans

la membrane de Schneider. Plus rarement, elle reconnaît pour cause la présence d'un corps étranger dans le sac, des blessures ou des contusions dans la région lacrymale.

Quant à la *tumeur lacrymale*, les chirurgiens ne sont pas d'accord sur son mode de formation. Les uns persistent à en vouloir trouver le point de départ dans les rétrécissements du canal nasal ; les autres, dans un élément inflammatoire.

Les premiers soutiennent qu'il n'y a pas de tumeur lacrymale sans obstacle au cours des larmes, sans rétrécissement du canal (Giraud-Teulon). Suivant eux, les larmes s'accumulent dans le sac qu'elles distendent peu à peu ; ne pouvant s'écouler au dehors, elles irritent par leur présence la muqueuse et déterminent la formation d'une tumeur.

Certes, ces rétrécissements peuvent exister, et l'on sait qu'ils sont produits par une de ces valvules dont Béraud a signalé l'existence fréquente à l'état normal. Mais, pour déterminer pareille lésion, ces valvules doivent nécessairement s'hypertrophier, ce qui ne peut se faire que sous l'influence d'une condition pathologique, par suite d'un travail phlegmasique habituel ou souvent répété.

Il s'en faut d'ailleurs qu'on trouve toujours sur le cadavre ces rétrécissements, et lorsqu'ils existent en effet, « ils sont rarement assez prononcés pour rendre compte à eux seuls de la rétention des matières et de la dilatation du sac » (*Compendium*).

D'un autre côté, Scarpa, Velpeau, Malgaigne affirment avoir vu des tumeurs lacrymales sans rétrécissement du canal nasal. Moi-même, tout récemment, j'ai vu un cas semblable chez M. Panas, au Bureau central.

Ce n'est pas une raison pour nier le rétrécissement. On sait d'ailleurs que le gonflement inflammatoire de la muqueuse peut disparaître après la mort, comme il disparaît dans les laryngites, les uréthrites dont l'autopsie est le plus souvent négative. Mais rien ne me prouve que le rétrécissement soit un phénomène primitif ; je crois, au contraire, qu'il est toujours un phénomène secondaire, à

moins qu'il ne soit produit par un polype naso-pharyngien ou toute autre tumeur située en dehors du canal, et agissant d'une manière mécanique.

Les succès du cathétérisme employé seul dans la cure des tumeurs lacrymales ne prouvent pas que ces affections étaient dues à un rétrécissement des voies lacrymales ; l'incision interne elle-même par la méthode de Stilling n'est pas une confirmation de cette doctrine.

C'est assez dire que je me rattache à l'inflammation, adoptée plus généralement. Qu'arrive-t-il ici ? Soit que la phlegmasie débute par le sac même, soit qu'elle se montre d'abord au nez, à la conjonctive, aux paupières, pour s'étendre ensuite aux voies lacrymales, soit qu'elle envahisse en même temps ces diverses parties, son premier effet est de congestionner la muqueuse et, par conséquent, de diminuer le calibre du canal, puis d'augmenter la sécrétion des glandes et de rendre leur produit plus épais et plus visqueux.

Ces produits, ne pouvant franchir les conduits, s'accumulent dans le sac et le distendent lentement pour donner lieu à la formation d'une tumeur. La stase des matières est encore favorisée par l'hypertrophie des valvules du canal nasal. Quoi de plus simple alors que l'obstruction de ce dernier ? N'est-ce pas exactement ce qui se passe dans les rétrécissements de l'urèthre ? L'urine, ne pouvant sortir qu'avec peine, s'accumule lentement dans la vessie, la distend et détermine peu à peu une cystite, laquelle augmente à mesure que le rétrécissement augmente lui-même davantage.

On peut donc dire que l'inflammation joue le rôle principal dans la production des tumeurs lacrymales ; et, celle-ci une fois développée, les valvules du canal deviennent tout naturellement les agents du rétrécissement ou de l'obstruction complète. (Desmarres, Fano.)

L'obstruction finit même par être la lésion principale et il arrive ici ce qu'on voit à la suite d'une uréthrite : « Aussi peut-on dire avec raison que les coarctations sont déterminées par la blennorrhagie aiguë, et que la blennorrhagie chronique n'est, dans un cer-

tain nombre de cas, qu'une conséquence de l'état pathologique développé dans la période aiguë de cette affection. » (Nélaton, Pathol. chirurg.)

Sous l'influence de la phlegmasie, les conduits lacrymaux et le canal nasal peuvent s'oblitérer ; le mucus sécrété par les parois du sac, ne pouvant plus être évacué, s'accumule dans la cavité comme dans un kyste fermé de toutes parts : on a le *mucocèle.*

Il me reste à parler d'une dernière forme de tumeur que Mackenzie a décrite sous le titre de *relâchement du sac*. Malgaigne l'attribue à une perturbation de nutrition ou à un vice général de la constitution :

« Chez les scrofuleux, dit-il, il y a un engorgement des tissus qui en fait comme une espèce d'éponge, se gonflant par les temps humides, se raréfiant dans un air sec, et que nul remède ne peut complétement détruire ; il est lié à la constitution. »

Pour les auteurs du Compendium, c'est l'atonie des parois du sac qui est la cause principale de la maladie. En effet, les conduits lacrymaux et le canal nasal sont ordinairement libres : ce n'est donc pas l'obstruction des voies qui entretient la rétention des matières.

Enfin, y a-t-il des rétrécissements du canal nasal sans tumeur locrymale? Oui, le canal peut être plus ou moins obstrué sans qu'il y ait dilatation des parois du sac, et, d'un autre côté, on a vu la tumeur se former dans des cas où le canal était resté perméable. A l'appui de cette thèse, Béraud cite trois observations remarquables dans lesquelles la dissection a été faite avec beaucoup de soin. Moi-même, j'ai observé tout récemment un cas semblable :

Obs. VIII. — Dame S..., 57 ans. Larmoiement de l'œil gauche depuis 1868, traitée alors à Rochefort suivant le procédé Bowmann; guérison au bout de 18 mois. Le 13 août 1872, elle se présente à la Clinique de M. Galezowski, exactement dans le même état qu'en 1868, dit-elle.

Diagnostic. — Larmoiement par obstruction du canal nasal gauche.

Sonde tous les deux jours pendant une demi-heure; collyre au sulfate d'alumine au 100e, pour se bassiner les yeux deux fois par jour.

2 octobre. Plus de larmoiement. Guérison complète.

TRAITEMENT.

Il est sujet à des indications très-différentes et qui varient avec la nature de la maladie, sa forme, son degré de développement, ses complications et avec les dispositions particulières du malade. Quoi qu'il en soit, il doit remplir deux conditions essentielles :

1° Combattre l'inflammation du sac;

2° Rétablir la liberté des voies lacrymales et prévenir la stagnation des liquides.

Chacune de ces indications a son importance et il faut satisfaire à toutes les deux dans une mesure convenable (Compendium). En conséquence, le traitement sera médical ou chirurgical.

TRAITEMENT MÉDICAL.

Lorsque l'inflammation existe seule, sans obstacle au cours des larmes, les moyens locaux peuvent être essayés. On a vanté les applications de sangsues sur le sac ou dans les fosses nasales, les frictions résolutives et la compression. Ces topiques guérissent quelquefois, mais échouent le plus souvent.

C'est que pour guérir le catarrhe du sac lacrymal, il faut de toute nécessité modifier la vitalité de la muqueuse qui tapisse cette cavité ; on ne peut arriver à ce résultat qu'en portant des topiques dans l'intérieur de l'organe (Fano). C'est un expédient bien lent et bien incertain que celui qui consiste à déposer dans le grand angle de l'œil des pommades, des poudres, des collyres destinés à être absorbés par les points lacrymaux. Il est bien préférable d'injecter directement

dans le sac la solution astringente, et cela par les conduits : elle aura l'avantage d'entraîner tout le liquide qui séjourne dans le sac et y entretient l'inflammation, de modifier heureusement la muqueuse et de diminuer la sécrétion morbide. Cette thérapeutique, continuée pendant longtemps, peut même procurer la guérison complète.

Quand l'inflammation est arrivée à une période plus avancée, c'est-à-dire quand il existe déjà un rétrécissement du canal nasal, les mêmes moyens sont encore bons et il faut les conseiller avant de se résoudre à un traitement purement chirurgical : combattre l'inflammation, c'est combattre le rétrécissement. « Si ce mode de traitement a été généralement abandonné, c'est qu'on n'a pas saisi l'indication précise à remplir dans ces cas. Préoccupé par l'idée d'un rétrécissement du canal nasal, on a employé les injections à travers les voies lacrymales pour déboucher le canal, afin de rétablir le cours des larmes. On en a fait un moyen purement mécanique, au lieu de s'en servir comme d'un puissant modificateur de la vitalité de la muqueuse du sac. » (Fano.)

Pour réussir avec les injections, il fallait trouver un topique qui eût la propriété de modifier la muqueuse du sac, « une personnalité aussi délicate que capricieuse » (Giraud-Teulon); le meilleur est, sans contredit, la teinture d'iode (Fano, Verneuil). Le sulfite de soude, préconisé par M. Monoyer, n'a pas su, jusqu'à présent, s'imposer par la netteté de ses résultats.

Il sera bon d'employer la teinture d'iode étendue d'une certaine quantité d'eau; autrement, elle pourrait produire l'oblitération des voies lacrymales au lieu de rétablir le cours des larmes. De même, l'on guérit une blennorrhagie avec des injections astringentes ; des injections caustiques produisent des ulcérations de la muqueuse uréthrale et amènent plus tard des rétrécissements.

Pour peu que l'obstacle mécanique ne soit pas complet, les injections procureront, sinon une guérison entière, au moins une modification heureuse. L'observation suivante en est un exemple :

Obs. IX. — F..., 30 ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 9 juillet 1872, dans le service de M. Duplay, avec une tumeur lacrymale gauche, remontant à quatre ans et demi et réductible par les points lacrymaux.

Incision du conduit supérieur; impossible de pénétrer dans le canal nasal avec la sonde n° 1 de Bowmann.

Le lendemain, incision du conduit supérieur; la sonde n° 1 s'engage un peu dans le canal, mais elle y est fortement retenue et ne peut franchir le rétrécissement.

Sur ces entrefaites, M. Terrier remplace M. Duplay. Il prescrit des injections d'eau alcolisée pendant quelques jours; puis des injections iodées. Au bout de peu de temps, on parvient à passer la sonde n° 1, puis le n° 2. La sécrétion devient moins purulente; fin septembre, amélioration notable; mais la malade quitte l'hôpital avant d'être complétement guérie.

Les injections, dit Wecker, nous ont servi à enrayer des catarrhes des voies lacrymales pour lesquels nous commencions à désespérer des moyens pacifiques. Il ne faut pourtant pas s'abuser sur la valeur de ce traitement : s'il réussit quelquefois, souvent il n'est que palliatif, parce qu'il ne parvient pas à faire disparaître le rétrécissement. Je n'en veux pour preuve que la multiplicité des moyens chirurgicaux employés contre une affection qui a fait longtemps le désespoir des praticiens sérieux.

Ce n'est pas qu'il faille renoncer complétement aux moyens antiphlogistiques ; ils seront d'un puissant secours contre les lésions du sac, mais seulement à titre d'adjuvant du traitement chirurgical.

A peine est-il besoin d'ajouter que, si la maladie est sous la dépendance d'une disposition constitutionnelle, il faut instituer un traitement général, tonique, antiscrofuleux ou antisyphilitique.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Procédé de Bowmann. — Les chirurgiens qui ont assimilé le mode de production de la tumeur lacrymale à la distension de la vessie dans les rétrécissements de l'urèthre ont pensé que rien n'était plus rationnel que de dilater progressivement le canal nasal

pour en surmonter les coarctations et rétablir le cours naturel des larmes. Quoi qu'il en soit de cette théorie, le procédé de Bowmann est sans contredit le meilleur que nous ayons pour triompher des obstacles que n'ont pu vaincre les expédients médicamenteux. Il a rendu et il rend encore tous les jours d'incontestables services. Je suis loin de prétendre qu'il soit parfait, infaillible; j'ai vu dernièrement à la Clinique de M. Galezowski une jeune personne qui avait été soignée suivant ce procédé par M. Stœber, de Strasbourg; malgré un traitement suivi de huit mois, le larmoiement persiste encore Voici une observation plus frappante :

Obs. X. — Dame Chaquet, 48 ans, se présente le 1er janvier 1872, à la consultation de M. Panas, au Bureau central, avec une tumeur lacrymale remontant à deux ans et réductible par les points lacrymaux ; narine correspondante (gauche) sèche. Depuis un mois, elle allait deux fois par semaine à l'hôpital Saint-Antoine où M. Horteloup lui faisait la cathétérisme.

M. Panas a continué le même procédé. Mais le canal nasal s'est rétréci de plus en plus et aujourd'hui 14 octobre, on a quelque peine à introduire une sonde assez fine.

Ces exceptions ne prouvent pas que le procédé soit mauvais. Il est vrai qu'il expose aux rechutes; mais les autres méthodes n'en sont pas à l'abri. Est-ce que les rétrécissements de l'urèthre ne reviennent pas fréquemment après la dilatation? Il faut convenir pourtant qu'il est souvent insuffisant, et il est nécessaire alors d'employer concurremment les injections astringentes pour obtenir la guérison complète.

Obs. XI. — P... (Catherine), 38 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 15 juillet 1872, service de M. le professeur Richet, avec une tumeur lacrymale datant de plusieurs mois; larmoiement depuis dix-huit mois, de l'œil droit.

M. Richet lui fait quelques injections qui refluent par les points lacrymaux. A la suite de cela, elle est prise du dacryocystite à répétition pendant un mois.—Cataplasmes émollients sur l'œil.

Le 14 août, M. Cruveilhier, suppléant M. le professeur Richet, incise le conduit lacrymal supérieur; sonde à demeure tous les jours pendant une heure.

Le 12 octobre. La malade sort complétement guérie.

Obs. XII. — Dame Thomas, 26 ans, se présente le 12 février à la consultation de M. Panas au Bureau central avec une tumeur lacrymale gauche datant de trois mois; larmoiement depuis six mois.

M. Panas lui incise le conduit inférieur; cathétérisme deux fois par semaine.

14 octobre. Guérison presque complète.

Obs. XIII. — Dlle Gruny, 18 ans, vient à la Clinique de M. Galezowski, fin octobre 1871, avec une tumeur lacrymale gauche, remontant à quatre ans.

Incision du conduit inférieur et cathétérisme.

La sécrétion morbide du sac continuant, M. Galezowski lui fait pendant le mois de mars 1872, quelques injections iodées; amélioration rapide et guérison complète fin juin.

Obs. XIV. — Dame Vapillon, 32 ans, vient à la Clinique de M. Galezowski le 7 août, avec une tumeur lacrymale double, enflammée à droite. M. Fano lui avait fait, pendant cinq mois, des injections iodées, sans résultat.

Procédé Bowmann et cataplasmes émollients sur l'œil droit.

24 septembre. Amélioration notable. La malade n'est pas revenue depuis.

Obs. XV. — Siouville, 29 ans, vient à la Clinique de M. Galezowski le 26 août, avec une tumeur lacrymale droite, remontant à un mois et une fistule qui date de huit jours.

Procédé Bowmann et, de temps en temps, injections phéniquées au 200e.

12 octobre. Guérison presque complète.

Obs. XVI. — Vilbonnet, 14 ans, vient à la Clinique de M. Galezowski vers le 15 mars, avec une tumeur lacrymale gauche datant de six mois.

Procédé Bowmann combiné avec quelques injections iodées pour tarir la sécrétion catarrhale, assez abondante.

14 septembre. Guérison complète, c'est-à-dire en 6 mois.

Obs. XVII. — Dame Ponsonal, 33 ans, vient à la Clinique de M. Galezowski le 19 juillet, avec une tumeur lacrymale gauche remontant à quatre mois et réductible par les points lacrymaux.

Procédé Bowmann. Guérison fin septembre, c'est-à-dire en 2 mois.

Le procédé de Bowmann, si heureusement employé contre les catarrhes simples et non compliquées, sera inefficace contre ces variétés qu'on nomme le *mucocèle* et le *relâchement du sac*. La dilatation considérable de cette cavité est, en effet, une des complications les plus fâcheuses, une de celles qui apportent au traitement le plus d'entraves. Si les injections de toute sorte, l'évacuation répétée et la compression prolongée de la tumeur sont restées sans résultats satisfaisants, on comprend aisément que le sondage soit sans action. Il pourra bien rétablir l'écoulement des produits morbides par le nez, mais il sera impuissant à ramener le sac à ses dimensions normales et à guérir l'altération hypertrophique de ses parois.

C'est contre ces cas rebelles que M. Monoyer vient de proposer l'extirpation d'une portion du sac, le cathétérisme méthodique et les injections au sulfite de soude au 200ᵉ (Société de chirurgie du 5 juin). Ce procédé n'est pas nouveau : MM. Denonvilliers et Gosselin écrivaient en 1855 dans leur *Traité des maladies des yeux* : « Si ces moyens (compression et astringents) échouaient, on pourrait mettre le sac à découvert et retrancher une partie plus ou moins considérable de sa paroi antérieure, ainsi que l'ont fait avec succès Boyer, Velpeau et quelques autres chirurgiens. »

Quoi qu'il en soit, le résultat est excellent : en diminuant l'étendue du réservoir contractile, on accroît cette contractilité, et l'on réduit les quantités sécrétées, en réduisant l'étendue des surfaces sécrétantes.

C'est un moyen que M. Galezowski ne dédaigne pas et dont il se trouve fort bien, comme on peut le voir par les observations suivantes :

Obs. XVIII. — Dame Kanne, 62 ans, vient à la Clinique de M. Galezowski le 15 juillet avec une tumeur lacrymale droite remontant à deux ans, relâchement du sac et ectropion du même côté.

Procédé Monoyer et cataplasmes émollients sur l'œil. Quatre jours après, incision du conduit lacrymal inférieur et cathétérisme très-régulièrement.

8 octobre. Guérison complète. Fistule fermée sans cicatrice vicieuse.

Obs. XIX. — Pillaud (Marie), 32 ans, vient à la Clinique de M. Galezowski le 2 juillet avec une tumeur lacrymale gauche (mucocèle) remontant à un mois; larmoiement depuis deux ans.

Procédé Monoyer : issue de pus sanguinolent, en grande quantité.

10 juillet. Incision du conduit lacrymal inférieur et cathétérisme. Cataplasmes émollients sur l'œil.

8 août. Bords de la plaie grisâtres; tout autour, les tissus sont rouges et indurés; la cicatrisation ne se fait pas. M. Galezowski soupçonne une syphilis, prescrit l'iodure de potassium à l'intérieur et touche les bords de la plaie avec la teinture d'iode.

Les jours suivants, nouveaux badigeonnages sur toute la paroi antérieure du sac et cathétérisme méthodique.

11 septembre. Mieux notable; on suspend les cautérisations et on continue le cathétérisme deux fois par semaine.

10 octobre. Guérison presque complète; cicatrisation régulière; encore un peu de larmoiement.

M. Galezowski croit qu'il s'agit là d'une gomme suppurée de la paroi antérieure du sac lacrymal : la malade avoue, en effet, des antécédents syphilitiques pour lesquels elle ne s'est jamais soignée. Il dit n'avoir jamais vu que deux gommes au grand angle de l'œil, toutes les deux ont guéri sous l'influence d'un traitement ioduré et de badigeonnages avec la teinture d'iode.

Au procédé de Bowmann, Weber a ajouté la section du ligament palpébral interne (aponévrose d'insertion de la commissure interne, Richet). C'est une heureuse innovation qui facilite le cathétérisme et permet l'évacuation très-complète du sac. L'observation suivante en est un exemple :

Obs. XX. — Richard (Marie), 16 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 10 septembre, service de M. le Professeur Richet. Larmoiement de l'œil gauche depuis deux ans ; dacryocystite à répétition donnant lieu à des fistules qui se ferment spontanément. Elle entre avec une tumeur lacrymale gauche et une fistule datant de 6 mois.

11 septembre. M. Cruveilhier, suppléant M. le professeur Richet, incise le conduit lacrymal inférieur. L'introduction d'une sonde est presque impossible.

17 septembre. M. Cruveilhier fait le débridement, et depuis, le cathétérisme se fait facilement.

16 octobre. Mieux, moins de larmoiement.

Procédé de Weber. — Weber reproche aux sondes de Bowmann leur forme cylindrique, leur trop petit diamètre et leur rigidité, et il propose de leur substituer des sondes métalliques biconiques, dans un double but : 1° la dilatation du rétrécissement ; 2° la compression de la muqueuse entre la sonde et le canal nasal pour la faire diminuer d'épaisseur. Je ne saurais admettre que la dilatation forcée soit un progrès et doive être préférée à la dilatation progressive.

Des manœuvres brusques exposent à détacher la muqueuse ou à passer entre elle et les parois osseuses. En outre, comme le remarque justement Wecker, la compression est une cause d'irritation dans le canal nasal et elle « détermine, dans beaucoup de cas, l'atrophie de la muqueuse sur une large étendue. » Si ce procédé a eu quelques succès, j'ai la conviction intime qu'ils n'ont jamais été durables. C'est ainsi que la dilatation forcée a pu guérir certains rétrécissements du canal de l'urèthre ; mais dans la plupart des cas bien observés, on a constaté une prédisposition marquée aux rechutes.

On s'est trop persuadé que le cathétérisme agit seulement d'une façon mécanique et en combattant un rétrécissement qui n'existe pas constamment. « Lorsque le cours des larmes est entravé par suite du gonflement de la muqueuse ou par des rétrécissements, dit Arlt, il s'agit bien moins d'agir en comprimant et en dilatant que de rétablir une continuité dans la colonne du liquide placé entre le sac lacrymal et l'embouchure du canal nasal. De cette manière, je pense que même les fines sondes d'Anel, suivies d'injections, peuvent être actives. »

Ne sait-on pas, d'ailleurs, que le meilleur moyen de guérir des blennorrhagies anciennes et rebelles jusque-là à tout traitement, c'est d'introduire dans le canal de l'urèthre et d'y laisser à demeure pendant quelques minutes une sonde même d'un très-petit calibre? Evidemment, ce n'est point par son volume qu'elle agit, mais en isolant les parois de la muqueuse et en modifiant sa vitalité.

Aussi beaucoup de chirurgiens emploient toujours les n°s 3 et 4 de Bowmann, de peur qu'une sonde trop volumineuse, entrant avec peine, n'amène quelque inflammation et un rétrécissement consécutif.

Procédé de M. le professeur Richet. — Dupuytren, le premier, eut l'idée d'opposer la dilatation permanente aux rétrécissements du canal nasal, qu'il regardait comme l'unique cause de la tumeur lacrymale. Mais sa canule pouvait se boucher, s'altérer, se déplacer, perforer la voûte palatine et tomber dans l'œsophage, entraîner la carie de l'os maxillaire. Il fallait donc trouver un moyen de maintenir la dilatation du canal nasal tout en laissant libre le cours des larmes.

Telles sont les difficultés que M. le professeur Richet a voulu vaincre. Le clou qu'il a imaginé en 1869 est surmonté d'une tête creuse et percée à jour. Les larmes pénètrent facilement à travers et glissent ensuite le long de la tige qui ne doit pas remplir exactement le canal nasal. La présence de la tête dans le sac lacrymal en conserve les dimensions, tandis que celle du clou dans le canal nasal en maintient la dilatation.

Cette méthode est encore à l'essai et l'on ne peut dire aujourd'hui quelle en sera l'efficacité définitive. Pourtant le D[r] Deneffe (en Belgique) l'a expérimentée et dit en avoir obtenu d'excellents résultats (*Gazette des Hôpitaux*, 1869). Ce qui est incontestable, c'est que le larmoiement cesse dès le lendemain de l'opération.

Procédé de M. Galezowski. — Depuis longtemps M. Liebrecht

(de Gand) a imaginé des stylets métalliques, pourvus de rainures latérales qui permettent à la fois l'écoulement des larmes et la pénétration de solutions astringentes dans le canal. Je n'ai pas de peine à croire que ce procédé est excellent, mais je ne sache pas qu'il soit très-répandu.

Un des moyens les plus avantageux que j'aie vu employer, c'est certainement la dilatation temporaire renouvelée, mais perfectionnée. M. Galezowski se sert, à cet effet, de sondes formées d'un mince fil de cuivre, entouré d'une chemise de plomb. Graduées comme celles de Bowmann, mais moins rigides, elles s'adaptent plus facilement à la forme du canal. Leur extrémité supérieure recourbée en crochet permet de les retirer à volonté. Introduites par le conduit lacrymal inférieur, préalablement incisé, jusque dans le canal nasal, elles sont laissées à demeure pendant un temps plus ou moins long suivant l'intensité du mal et la tolérance du malade. Un résultat immédiat, c'est la cessation du larmoiement. Le catarrhe du sac se modifie rapidement et, au bout de quelques jours, il se manifeste une amélioration notable. Un autre avantage, c'est que ce procédé permet aux patients de retourner de suite à leurs occupations. Les observations suivantes me dispensent d'entrer dans plus de détails :

Obs. XXI. — Bastier (Emilie), 11 ans, vient à la Clinique de M. Galezowski le 4 juin 1871, avec une tumeur lacrymale gauche datant de plusieurs mois.

Incision du conduit lacrymal inférieur et cathétérisme méthodique pendant huit mois; le larmoiement persiste néanmoins.

On lui met une sonde en plomb qu'elle garde pendant cinq jours; au bout de ce temps, guérison qui s'est maintenue depuis.

Obs. XXII. — Doriat (Paul), 14 ans, vient à la Clinique de M. Galezowski le 4 avril 1872, avec une tumeur lacrymale gauche remontant à plusieurs mois; larmoiement depuis deux ans environ.

Procédé Bowmann pendant six semaines; le cathétérisme fait constater une dénudation des os du canal nasal.

22 mai. On lui met une sonde en plomb qu'il garde pendant trois mois, sans éprouver la moindre douleur.

23 août. On retire la sonde ; les os du canal ne sont plus dénudés ; plus de larmoiement, et le cathétérisme se fait facilement.

Le 30. Le canal nasal est libre. Guérison.

Obs. XXIII. — Dame Catutel, 38 ans. Larmoiement de l'œil gauche depuis trois ans et demi ; dacryocystite à répétition, s'ouvrant de temps en temps à l'extérieur par une fistule qui se fermait spontanément. Se présente à la Clinique de M. Galezowski le 14 mai 1872, avec une tumeur lacrymale gauche compliquée de fistule et de relâchement du sac.

Procédé Monoyer ; cataplasmes émollients sur l'œil gauche.

Le 21. On introduit par la fistule incisée une sonde en plomb qui reste à demeure pendant six semaines ; puis elle est introduite par le conduit lacrymal inférieur incisé et laissée pendant huit jours. Mieux notable.

18 août. Presque plus de larmoiement ; la fistule est parfaitement fermée.

13 septembre. Plus de larmoiement ; le canal nasal est libre ; guérison.

Obs. XXIV. — D[lle] Pellatio, 26 ans, vient à la Clinique de M. Galezowski le 15 juin 1872, avec une tumeur lacrymale droite (mucocèle).

Larmoiement de l'œil droit depuis environ trois ans ; tumeur considérable depuis un mois seulement.

Procédé Monoyer ; cataplasmes émollients. Puis cathétérisme pendant quinze jours. Le larmoiement persistant, on lui met une sonde en plomb qu'elle garde pendant trois semaines. Plus de larmoiement.

17 août. La fistule est fermée ; cicatrisation parfaite. On continue le cathétérisme une fois par semaine, et le 4 octobre, la guérison est parfaite.

Obs. XXV. — Billard, 62 ans, vient à la Clinique de M. Galezowski le 27 septembre 1871, avec une tumeur lacrymale droite remontant à plusieurs mois.

Procédé Bowmann pendant cinq mois sans résultat.

4 mars 1872. On lui met une sonde en plomb qu'il garde pendant cinq mois.

8 août. On la retire ; plus de larmoiement.

Le 16. Le canal nasal est libre ; guérison.

Ces observations sont assez concluantes pour que je n'en cite pas d'autres. Le plomb a-t-il une action spéciale sur la muqueuse du canal lacrymo-nasal ? Je ne sais, mais ce qui est incontestable,

c'est qu'il la modifie avantageusement, c'est qu'il tarit la sécrétion morbide du sac, et qu'il rétablit la perméabilité des voies lacrymales.

Procédé de Stilling (de Cassel). — Dominé par l'idée que les tumeurs lacrymales sont dues à des rétrécissements du canal nasal, Stilling a imaginé de combattre ces coarctations qu'il compare aux strictures uréthrales, par l'*incision interne.* C'est l'application de l'uréthrotomie au canal nasal. La *nasalotomie* est, ce me semble, une méthode illogique : car le tissu cicatriciel, destiné à combler les plaies, possède une tendance rétractile tout aussi invincible que celui qui doit remplacer et qui constitue le rétrécissement.

On a peine à comprendre que, scrupuleusement abandonnée à elle-même, la plaie béante se remplisse insensiblement d'un tissu conjonctif non rétractile et que la lumière du canal soit définitivement accrue, tandis que le cathétérisme, pratiqué après l'opération, produirait tout le contraire. L'auteur prétend pourtant que ce sont les sondes qui entravent la cicatrisation « en irritant la plaie et en provoquant la suppuration et la formation du tissu *cellulaire jaune* qui bientôt est soumis à la rétraction cicatricielle et rétablit la stricture primitive. »

Quoi qu'il en soit, l'incision interne, actuellement à l'étude, a donné déjà de très-beaux résultats entre les mains de MM. Giraud-Teulon, Warlomont et Sichel.

Seulement Warlomont emploie en même temps des liquides modificateurs qu'il injecte dans le sac au moyen des stylets cannelés de Liebrecht (de Gand).

Quant à MM. Trélat et Sichel, ils font suivre l'opération du cathétérisme, et pourtant ils guérissent les malades de leur larmoiement et de leur tumeur lacrymale, sans observer jamais de rétrécissement consécutif. Comment concilier ces faits avec la théorie allemande ?

Obs. XXVI. — Mercier (Marie), 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 8 avril 1872, service de M. Cusco.

Larmoiement de l'œil droit depuis dix-huit mois; dacryocystite à répétition, réductible par les points lacrymaux. A son entrée, elle a une tumeur lacrymale droite.

M. Cusco lui applique le procédé Bowmann pendant plus de cinq mois, sans résultat.

20 septembre. M. Cruveilhier, suppléant M. Cusco, recourt au procédé de Stilling; cathétérisme dès le lendemain et tous les jours suivants ; en outre, tous les matins une injection au sulfate de cuivre au 300e.

12 octobre. La malade quitte l'hôpital complétement guérie.

Obs. XXVII. — Fille Chaquet, 8 ans, se présente à la consultation de M. Panas au Bureau central le 1er janvier 1872, avec une dacryocystite gauche datant de six mois, et relâchement du sac ; le canal nasal est très-large.

Incision du conduit lacrymal inférieur, et cathétérisme deux fois par semaine pendant plus de sept mois, sans résultat.

15 août. Procédé de Stilling. Cathétérisme douze jours après, jusqu'aujourd'hui, deux fois par semaine.

14 octobre. Amélioration notable; presque plus de larmoiement, ni de production purulente.

A ne considérer que le résultat, il faut bien convenir que ce procédé peut rendre de bons services, surtout dans les cas graves et rebelles (Giraud-Teulon).

M. Panas n'avait pas d'autre but, ici, que de modifier la vitalité de la muqueuse et de tarir la sécrétion morbide du sac : le succès a répondu à son attente.

En résumé, je ne condamne d'une manière absolue que la dilatation forcée par la méthode de Weber ou de Critchett. « Tous les autres moyens peuvent être utiles, mais à des degrés divers et suivant les cas, soit qu'on les associe entre eux, soit qu'on les emploie isolément ou successivement. » (Compendium.) Les antiphlogistiques ne sont qu'un palliatif ou un adjuvant; la méthode la plus avantageuse est sans contredit le cathétérisme, à condition

qu'on y ajoute les injections astringentes. « La création de voies nouvelles, la suppression absolue des voies naturelles, l'ablation de la glande lacrymale, la cautérisation du sac, sont autant de moyens exceptionnels, auxquels on ne doit avoir recours que dans les cas particuliers, ou, en désespoir de cause, quand tout le reste a échoué. » (Compendium.)

L'état actuel de la science permet, en effet, de refouler dans les exceptions les méthodes fondées sur les retranchements physiologiques.

Malgaigne regarde l'occlusion du sac comme une ressource désespérée :

« L'amputation, dit-il, est une ressource aussi ; seulement en amputant, nous savons que nous ne guérissons le mal qu'en sacrifiant l'organe malade ; la destruction du sac lacrymal est un procédé du même genre. »

Vu, bon à imprimer,

TARDIEU **Président.**

Permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES

Anatomie et histologie normales. — Articulations du coude.

Physiologie. — Du toucher.

Physique. — Conductibilité des corps par la chaleur; application à l'hygiène.

Chimie. — De la potasse, de la soude et de la lithine, leur préparation, leurs caractères distinctifs.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des arachnides, des araignées et des scorpions. Quelles sont les arachnides qui habitent le corps de l'homme (sarcopte demodès).

Pathologie externe. — De la pourriture d'hôpital et de son traitement.

Pathologie interne. — De la maladie désignée sous le nom de goître exophthalmique.

Pathologie générale. — De l'influence des causes morales dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des hydatides du foie.

Médecine opératoire. — De la résection du genou et de ses indications.

Pharmacologie. — Qu'entend-on par saccharolés? Comment les divise-t-on? Des gelées, des pâtes, des tablettes, des pastilles et des saccharures.

Thérapeutique. — Des injections médicamenteuses sous-cutanées.

Hygiène. — Des vêtements.

Médecine légale. — Caractères distinctifs des taches de sperme d'avec celles que l'on peut confondre avec elles.

Accouchements. — De l'hydramnios.
